

NOUVEAUTÉS DANS LE PRISE EN CHARGE ET LE DÉPISTAGE DES PATHOLOGIES UROLOGIQUES COURANTES AU CABINET MÉDICAL

D^r Marco Piergiovanni, Urologue FMH, Neuchâtel

I. LA PROSTATE

A) L'hypertrophie bénigne (HBP)

Le traitement médicamenteux s'est doté d'un nouvel alpha-bloquant : la Silodosine® (UroRec®) qui est fortement sélectif des récepteurs adrénergiques alpha 1. Ce médicament est donc plus efficace sur la dysurie avec moins d'effets secondaires sur la tension artérielle, mais cette urosélectivité a, comme conséquence, une augmentation du taux d'éjaculation rétrograde.

Le traitement chirurgical minimal invasif.

L'UroLift® est une approche révolutionnaire, endoscopique, consistant à harponner les deux lobes latéraux de la prostate avec des ancrs (2 ou 4) qui vont rétracter l'adénome et ainsi libérer l'urètre prostatique. Cette technique peut être réalisée en anesthésie locale, en ambulatoire, au cabinet de l'urologue.

Le traitement chirurgical classique par résection endoscopique de la prostate reste le gold standard.

Les nouveautés sont l'arrivée de la résection saline bipolaire et la photovaporisation prostatique (PVP) au laser.

La résection saline bipolaire permet d'effectuer de plus longues résections sans risquer le TURP syndrome.

La PVP laser Greenlight est une méthode d'avenir qui nécessite un nouvel apprentissage dans la gestuelle opératoire, car le balayage de l'adénome par le faisceau laser n'a rien à voir avec la gestuelle de la résection endoscopique de la prostate. Une fois la technique maîtrisée, tous les volumes prostatiques peuvent être traités en même temps. Des centres arrivent même à faire ces vaporisations laser en ambulatoire.

L'investissement dans le matériel et le coût des fibres lasers à usage unique est un frein à la diffusion de cette méthode.

B) Le carcinome prostatique (CaP)

1 | Dépistage

Le seul facteur de risque concernant le CaP est l'anamnèse familiale (AF).

Il est recommandé de faire un premier dosage du PSA dès 40 ans en cas d'AF positive pour le CaP. Si le PSA initial est inférieur à 1 ng/ml, le dosage suivant peut être effectué à 5 ans, sinon il est recommandé un suivi annuel.

2 | Bilan radiologique

L'IRM multiparamétrique de la prostate (IRM mp)

L'IRM mp de la prostate et le score de PI-RAD sont des outils d'analyse essentiels dans la stadification, la stratégie thérapeutique et la surveillance du CaP. Néanmoins, la sensibilité de l'IRM n'est pas de 100 % et il se pose la question de l'intérêt des biopsies en cas d'IRM normale.

L'IRM mp permet à l'urologue de mieux cibler les zones qui doivent être biopsiées lors des prélèvements par voie transrectale.

L'IRM mp est utile lors de la surveillance active du CaP, de faibles risques et permet d'éviter des biopsies de réévaluation.

3 | Biopsie prostatique (BP)

La BP transrectale systématisée, échoguidée, 2D, classique ; reste le gold standard.

Néanmoins, le taux de détection du CaP peut être amélioré par la fusion d'images échographiques 3D/IRM mp. L'importation des images IRM mp dans un échographe 3D permet à l'urologue, lors de la réalisation des biopsies, une fusion des images IRM avec l'image échographique. Ainsi, l'urologue peut cibler le prélèvement dans la lésion et maximiser les chances de détection du CaP.

Cette technologie est performante, mais onéreuse et ne doit pas être proposée en première intention.

4 | Traitement du cancer localisé de la prostate

La prostatectomie radicale rétro-pubienne (PRR) est le traitement de référence pour autant que le patient soit opérable, qu'il ait moins de 70 ans et qu'il ait une tumeur Gleason 7 (4+3) ou Gleason 8, 9 et 10.

La PR laparoscopique a été supplantée par l'arrivée du robot Da Vinci qui améliore le confort du chirurgien et diminue la durée de l'intervention par rapport à la laparoscopie standard.

La PR laparoscopique robot-assistée Da Vinci (PRLRA), dans des mains expertes, apporte pour le patient et l'opérateur un meilleur confort. La durée de l'intervention reste, néanmoins, supérieure à la PRR et les résultats sur la survie sans récurrence biologique sont comparables.

La PRLRA reste, néanmoins, à l'heure actuelle, une technologie chère (achat de l'appareil, contrat de maintenance, prix du consommable à usage unique, etc.) faisant que plus d'un Centre y renonce par manque de rentabilité.

5 | Cancer métastasé de la prostate

Le traitement est l'hormonothérapie avec comme but une testostéronémie inférieure à 0,5 ng/ml.

Les effets secondaires de ce traitement sont les bouffées de chaleur, la dysfonction érectile, la fatigue, la survenue d'un syndrome métabolique, l'anémie et l'ostéoporose.

Le rôle du médecin interniste généraliste est fondamental dans l'accompagnement du patient devant la survenue de ces effets secondaires.

Une ostéodensitométrie doit être prescrite, car le patient va perdre le 5 % de sa masse osseuse au cours de la première année du traitement. Si le T-score est élevé, le risque de fracture est élevé et un traitement préventif par administration de calcium et de vitamines D doit être donné. Dans de tels cas, un avis auprès d'un rhumatologue doit être également pris.

L'impact métabolique (diabète et syndrome métabolique) et l'impact cardiovasculaire (diabète, hypertension, obésité, hypercholestérolémie) doivent être pris en charge et quantifiés. On conseille donc la pesée du patient, la mesure du périmètre abdominal, la prise de la tension artérielle, la recherche d'antécédent cardiovasculaire et la réalisation d'un bilan biologique (glycémie, lipide, hémoglobine).

Pour minimiser les effets secondaires de l'hormonothérapie, le médecin doit donner des conseils sur l'alimentation (diététique), lui prescrire de l'exercice et le conseiller dans la pratique du sport (coaching, fitness...). L'urologue, de son côté, doit instruire le patient aux auto-injections intracaverneuses de Prostaglandine pour pallier à la dysfonction érectile.

Traitement du carcinome métastaté hormonorésistant.

L'Enzalutamide, ou Xtandi®, est le traitement qui doit être prescrit dans une telle situation et avant la mise en route d'une chimiothérapie (Docetaxel). Cette molécule est un inhibiteur puissant du récepteur aux androgènes et se prend sous la forme de comprimés.

II. LA LITHIASE

Le scanner est une avancée technologique majeure qui permet une exploration de la totalité de l'abdomen en coupes fines en moins de 15 secondes et en une seule apnée. C'est l'examen de choix qu'il faut réaliser en cas de suspicion de calculs des voies urinaires. Il permet, en plus, de caractériser la lithiase et de donner une visualisation tridimensionnelle du calcul. Le taux d'irradiation est faible (1,5 millisievert).

Les nouveautés dans le traitement endocorporel de la lithiase sont l'arrivée des urétéroréoscopes souples qui, avec une fibre laser, permettent de traiter les calculs des voies urinaires supérieures (bassinets, calices et certaines lithiases du haut uretère).

III. INFECTIOLOGIE

Pour les infections urinaires simples, les Fluoroquinolones et le Bactrim® ne doivent plus être prescrits en première intention (probabiliste). Cette recommandation se base sur la constatation que la diffusion des Escherichia Coli multirésistants est importante dans nos régions.

La Fosfomycine® est une molécule active quel que soit l'âge des patients.

- La Procalcitonine (PCT) est sécrétée par la thyroïde.

La PCT peut être utilisée comme marqueur de l'inflammation bactérienne.

Une PCT supérieure à 1 ng/ml permet de mieux prendre en charge une pyélonéphrite aiguë obstructive et d'orienter, au plus vite, le patient vers un hôpital ou un urologue pour intervenir en urgence.

IV. INCONTINENCE URINAIRE

La toxine botulique A a montré son efficacité dans le traitement de l'incontinence urinaire de type urge lorsque les patients souffrent d'une hyperactivité vésicale neurogène et idiopathique. Ces injections sont à proposer après échec de la rééducation et échec du traitement médicamenteux usuel. Les résultats, à longs termes, sont maintenant confirmés, ce qui fait que la toxine botulique fait désormais partie de l'arsenal thérapeutique des urologues pour traiter l'hyperactivité vésicale.

Pour l'incontinence urinaire de type stress, de bas grade, un traitement non-chirurgical, ambulatoire, grâce à un laser CO2 (Gynelase™) peut être proposé. L'effet photothermique stimule la formation de collagène. Cette technique est indolore, minimale invasive, s'effectue en ambulatoire et améliore tant l'incontinence urinaire que les urgences mictionnelles.